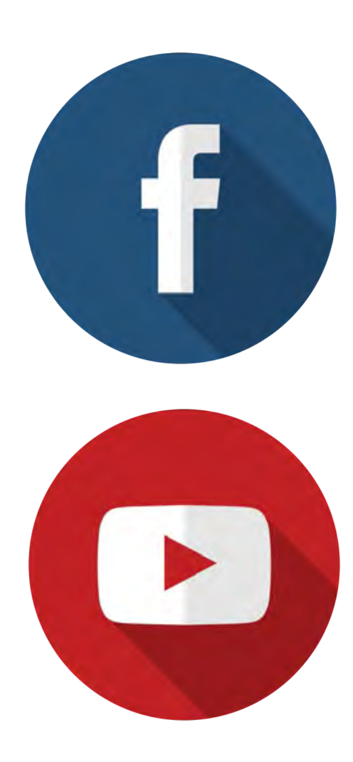
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Programme d’Enseignement du Module d’Hépato-gastro-entérologie
(2016-2017)

FISSURE ANALE

Pr M. SENGOUGA
SERVICE DE CHIRURGIE GENERALE « B »
HÔPITAL CENTRAL DE L’ARMEE
DR MOHAMED SEGHIR NEKKACHE

Introduction

- **Définition** : la fissure anale (FA) est une ulcération superficielle de l'anoderme distal, partie sous valvulaire du canal anal.
- **Intérêt de la question** :

✓ 2[éme] affection proctologique (fréquence);

✓ Affecte les deux sexes à l'âge adulte (F++);

✓ Caractérisée par un syndrome douloureux anal rythmé par la défécation en 03 temps ;

✓ Unique et commissurale postérieure (85 % des cas);

✓ Son traitement est le plus souvent chirurgical.

ETIOPATHOGENIE :

- Trois facteurs participent à l'apparition d'une FA :

1) **Facteur mécanique :** le passage d'une selle dure et volumineuse

➽ une déchirure de l'anoderme ;

2) **Facteur sphinctérien :** l'hypertonie réflexe et permanente du sphincter interne (SI) ;

3) **Facteur vasculaire :** la pauvreté de la vascularisation au niveau de l'anoderme (commissure postérieur++), et la contracture du SI entrave le processus de réépithélialisation de la FA.

ANATOMIE-PATHOLOGIE

On distingue 04 stades :

1) **L'anus préfissuraire :** Multiples fissurations radiés très superficielles ;

2) **La FA jeune :** Déchirure muqueuse à berges fines et à fond rosé;

3) **La FA chronique ou ancienne :** les bords sont surélevés et scléreux, son fond creusant met à nu les fibres blanchâtres transversales du SI;

4) **La FA infectée :** il peut se créer un abcès sous fissuraire puis inter sphinctérien.

DIAGNOSTIC POSITIF

- **FORME TYPIQUE :** la triade classique ***du syndrome fissuraire*** :

1) **Douleur fissuraire** : se caractérisées par son rythme à 3 temps :

- Douleur très intense déclenchée par l'exonération ;
- Suivie d'une rémission transitoire de qlq mn;
- Reprise de la douleur.

2) **Contracture sphinctérienne :** plus moins intense;

3) **Ulcération anale:**

   ➽ **Fissure jeune ;**

   ➽ **Fissure chronique ou « vieillie » (> 6 semaines) .**

- **LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :** En cas de rectorragies➽ endoscopique basse: lésions colorectales, en particulier les polypes et les cancers.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- ***Toute fissure:***
  - ✓ Indolore;
  - ✓ Aspect atypique;
  - ✓ D'autres sièges commissurale (6 h et 12 h)

➽ ***Doit faire évoquer un diagnostic différentiel***

– ulcération de la maladie de Crohn

– ulcération tumorale (carcinome épidermoïde, etc.)

– ulcération d'hémopathies malignes (leucémie, lymphome, histiocytose X, etc.)

– ulcération infectieuse (syphilis, chlamydiase, infection par Herpès simplex virus, cytomégalovirose, tuberculose, mycobactérioses atypiques, amibiase, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine, etc.)

– ulcération dermatologique spécifique (lichens, eczéma, pemphigus, pemphigoïde bulleuse, etc.)

– ulcération traumatique

– ulcération iatrogène (après radiothérapie ou administration de certains suppositoires)

– ulcération de maladies de système (maladie de Behçet, maladie de Wegener, etc.)

– ulcération pathomimique

TRAITEMENT (1)

Buts :

1. Supprimer la douleur fissuraire ;
2. Favoriser la cicatrisation ;
3. Eviter la récidive.

Méthodes (2)

1) Traitement médical:

- **TM non spécifique:**
- **Régularisation du transit intestinal➜** RHD(Alimentation riche en fibre ; Suppression des épices et des boissons alcoolisées ;Toilette après chaque selle à l'eau fraiche); Laxatifs osmotiques, mucilages ; Repos.
- **Lutte contre la douleur et la contracture par un traitement oral associé à des topiques locaux ➜** Antalgiques ou AINS, Gel de xylocaïne;
- **TM spécifique (TMS) «sphincterolyse chimique»** : Injections sclérosantes , Dérivés nitrés (Dinitrate d'isorbide), Inhibiteurs calciques (Nifédipine, Diltazem), Toxine botulinique de type A.

Méthodes (3)

2) **Traitement chirurgicale:**

- 03 principes pouvant être associés :

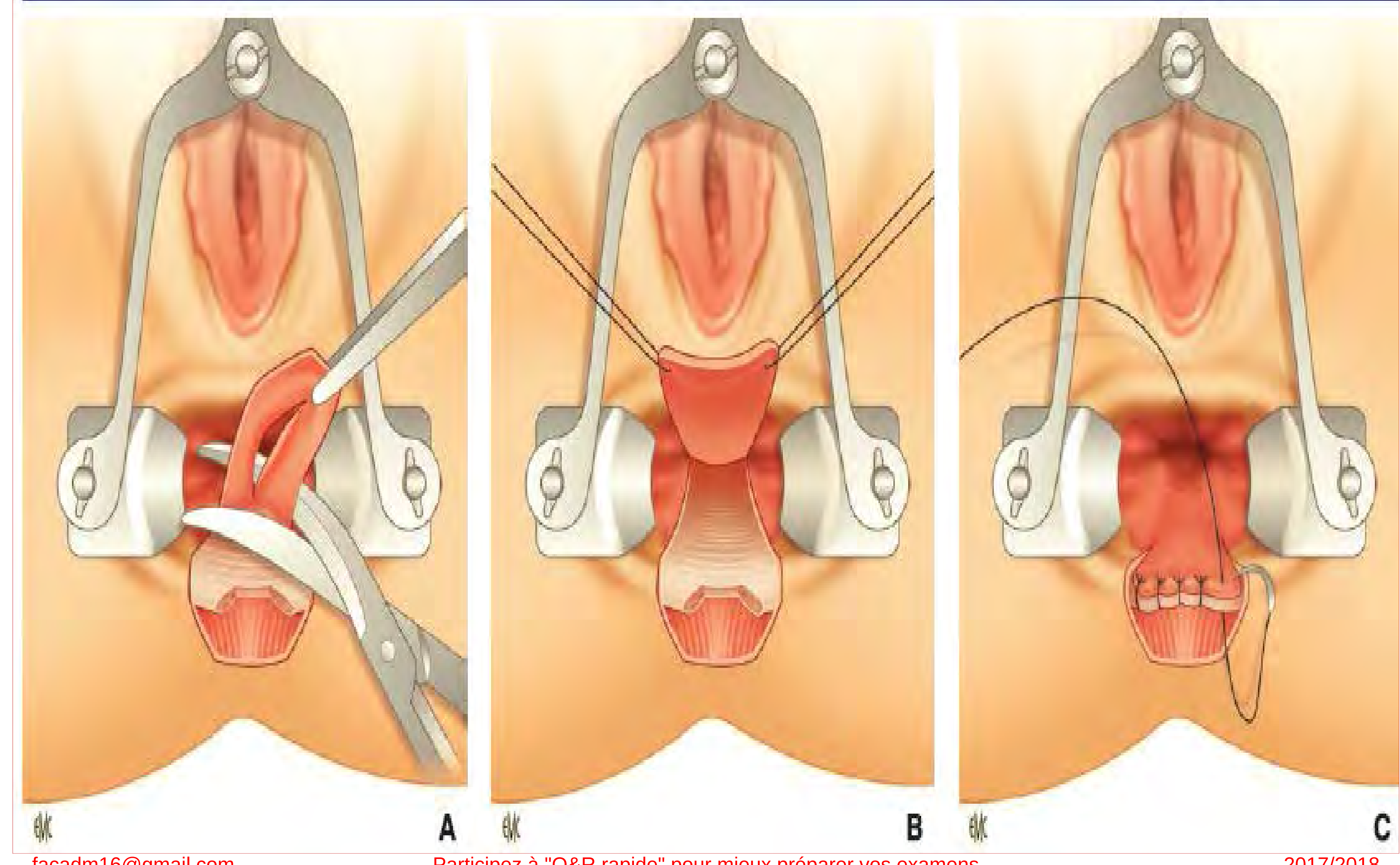
1. Diminuer le tonus du sphincter ➜ « **La sphinctérotomie » :**

- ✓ Sphinctérotomie partielle dans le lit de la FA ;
- ✓ Sphinctérotomie partielle à distance de la fissure (ouverte ou fermée)

2. Procéder de l'exérèse de la FA ➜ « **La fissurectomie »:** réséquer la fissure et ses annexes (Marisque, papille hypertrophique).

3. ± Favorisé la cicatrisation ➜ anoplastie .

Fissurectomie avec sphinctérotomie et anoplastie *(décrite par Arnous, Parnaud et Denis en 1968)*



Indications thérapeutiques

1) FA jeune :

- ✓ Envisagé en première intention un traitement médical ;
- ✓ **Injections sclérosantes :** s'applique surtout aux fissures fraiches hyperalgiques ;
- ✓ En cas d'échec après quelques semaines, le traitement chirurgical est de mise.

2) FA chronique scléreuse (vieillie) et/ou infectée : sphinctérotomie postérieur associée à une fissurectomie et à une anoplastie » ;

3) Situations a risques: une fissurectomie sans sphinctérotomie avec ou sans anoplastie.

ALGORITHME DECISIONNEL

Fissure anale

TMNS
Régulation du TI

Cicatrisation

Non cicatrisation
Symptomatique

Non cicatrisation
Asymptomatique

TMS (sphinctérolyse chimique)

Echec

Chirurgie

CONCLUSION :

- Pathologie fréquente ;
- Son mécanisme physiopathologique incrimine principalement, trois facteurs ;
- Sémiologie typique caractérise par des manifestations douloureuses post défécatoires, rythme à 3 temps ;
- En cas d'atypie pensé aux diagnostics différentiels (néoplasie du canal anal, MICI) ;
- Le traitement de la FA a la phase aigue est essentiellement médical;
- Recours à la chirurgie en cas d'échec au traitement médical et/ou de FA chronique.

Merci pour votre attention